UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1901-1902 N° 490

DÉGÉNÉRESCENCE ÉPITHÉLIOMATEUSE

DES

VIEUX FOYERS D'OSTÉOMYÉLITE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en juillet 1902

PAR

Guillaume CARGUE

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

Noms des Examinateurs { MM. JEANNEL, ✪ A., *Président*
TAPIE, ✪ I.
PENIÈRES, ✪ A. } *Assesseurs.*
BAUBY.

TOULOUSE

IMPRIMERIE ADOLPHE TRINCHANT

27, RUE D'AUBUISSON, 27

1902

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1901-1902 N° 490

DÉGÉNÉRESCENCE ÉPITHÉLIOMATEUSE

DES

VIEUX FOYERS D'OSTÉOMYÉLITE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en juillet 1902

PAR

Guillaume CARGUE

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

Noms des Examinateurs { MM. JEANNEL, ✠ A., *Président*
TAPIE, ✠ I.
PENIÈRES, ✠ A. } *Assesseurs.*
BAUBY.

ACAD. LAURENT. MED.

TOULOUSE

IMPRIMERIE ADOLPHE TRINCHANT

27, RUE D'AUBUISSON, 27

1902

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie
DE TOULOUSE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM.	CAUBET, ✲, ✪, I.
Assesseur		FREBAULT, ✪ I.

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	CHARPY, ✪ I.
Histologie normale		TOURNEUX, ✪ A.
Physiologie		ABELOUS, ✪ A.
Anatomie pathologique		TAPIE, ✪ A.
Pathologie et Thérapeutique générales		HERRMANN, ✪ I.
Pathologie interne		ANDRÉ, ✲, ✪ I.
Pathologie externe		PÉNIÈRES.
Médecine opératoire		LABÉDA, ✪ I.
Thérapeutique		SAINT-ANGE, ✪ A.
Hygiène		GUIRAUD, ✪ I.
Clinique médicale		CAUBET, ✲, ✪ I.
		MOSSÉ, ✲, ✪ A.
Clinique chirurgicale		JEANNEL, ✪ I.
		CHALOT, ✪ A.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		AUDRY, ✪ A.
Clinique des maladies mentales		RÉMOND, ✪ A.
Pharmacie		DUPUY, ✪ I.
Chimie et Toxicologie		FRÉBAULT, ✪ I.
Matière médicale		BRÆMER, ✪ I.
Histoire naturelle		LAMIC, ✪ I.

CHARGÉS DE COURS

Anatomie topographique	MM.	SOULIÉ.
Physique		MARIE. ✪ A.
Chimie		ALOY, ✪ A.
Histoire naturelle		SUIS, ✪ A.
Médecine légale		GUILHEM, ✪ A.
Bactériologie		MOREL, ✪ A.
Clinique des maladies des enfants		BÉZY, ✪ A
Clinique obstétricale		AUDEBERT.
Clinique ophthalmologique		FRENKEL.
Hydrologie		GARRIGOU, ✪ I.
Pathologie expérimentale		MAUREL, O. ✲, ✪ A.
Obstétrique aux sages-femmes		AUDEBERT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie interne et Médecine légale	MM.	MOREL, ✪ A.
		RISPAL.
		FRENKEL.
Chirurgie		BAUBY.
		CESTAN.
Accouchements		AUDEBERT.
Anatomie et Histologie		SOULIÉ.
Physiologie		BARDIER, ✪ A.
Chimie		N.
Physique		CLUZET.
Pharmacie		RIBAUT.
Secrétaire de la Faculté	M.	CHAUDRON, ✪ I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. **(Délibération en date du 12 mai 1891.)**

A la mémoire de mon Père

A MA MÈRE

A mon Frère, à ma Sœur

A MES TANTES

A mes Amis

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Docteur Jeannel

Professeur de clinique chirurgicale.

INTRODUCTION

La transformation des vieux foyers d'ostéomyélite en cancer est chose rare, puisque dans un travail récent et que nous aurons plusieurs fois l'occasion de citer, notre maître, M. le professeur agrégé Bauby, n'a pu en rassembler que la somme de quarante-neuf cas.

Or dans l'espace d'une dizaine d'années cinq faits de cet ordre se sont présentés dans le service de clinique chirurgicale, de M. le professeur Jeannel, quatre d'entr'eux ont été rassemblés et publiés, par M. Bauby, dans un article très documenté des *Archives provinciales de chirurgie.*

Le cinquième a fait l'objet de la part de M. le docteur Buy, chef de clinique médicale, d'une intéressante communication à la *Société anatomo-clinique de Toulouse*, le 31 décembre 1901, n° 25.

J'ai cru pouvoir, à mon tour, avec la bienveillante autorisation de leurs auteurs, reprendre ces observations toulousaines et en faire le sujet de ma Thèse.

Ce n'est évidemment pas là un travail original, mais bien une sorte de revue générale d'une affection peu commune, d'une variété de cancer des os, de l'épithé-

lioma, évoluant sur de vieux foyers d'ostéomyélite. Or si nous parcourons la littérature médicale, nous voyons que les anciens semblent avoir ignoré cette affection et même de nos jours la question n'a jamais été traitée à fond. Voilà pourquoi notre travail peut présenter quelque intérêt, car nous allons montrer comment des poussées d'ostéomyélite aiguë, négligée ou insuffisamment traitée ont pu dégénérer en néoplasme.

Il est de notoriété générale que des tissus chroniquement enflammés, vieux lupus, anciennes cicatrices peuvent évoluer vers le cancer, mais ici il s'agit du tissu osseux complètement dépourvu d'éléments épithéliaux et dégénérant cependant en tumeur épithéliale. Or cela semble contraire à certaines lois histologiques. Cependant, comme nous l'établirons plus loin, à propos de la pathogénie de cette affection, cette invasion, vu le milieu dans lequel elle se fait, tout en étant en quelque sorte primitive, doit être considérée comme secondaire à la dégénérescence épithéliomateuse de trajets fistuleux en partie cutanés.

Mais nous voulons faire surtout une étude clinique et non histologique de cette affection. Et c'est dans ce but que nous allons diviser ce travail en cinq chapitres.

Dans le premier nous ferons l'historique de la question. Le second comprendra un résumé des observations jusqu'ici publiées et l'exposé détaillé de cinq observations recueillies à la clinique de M. le professeur Jeannel.

Dans le troisième chapitre nous rechercherons l'étiologie et la pathogénie de l'affection et nous en exposerons l'anatomie pathologique.

Dans le quatrième nous décrirons les symptômes, la marche et l'évolution des lésions et nous établirons le diagnostic.

Le cinquième chapitre sera consacré au pronostic et au traitement.

Enfin nous tirerons de l'ensemble de ces faits certaines conclusions, qui, je l'espère, auront leur utilité pratique.

Avant d'entrer en matière qu'il nous soit permis de témoigner notre reconnaissance à M. le professeur Jeannel, dont nous fûmes l'externe et dont l'enseignement nous fut si profitable, nous le remercions également d'avoir accepté la présidence de notre Thèse.

A M. le professeur agrégé Bauby, toute notre gratitude, non seulement pour avoir été le maître dévoué qui au lit du malade nous a souvent donné les leçons les plus pratiques de clinique chirurgicale, mais aussi pour avoir bien voulu nous aider dans ce travail de ses bons conseils et de son expérience.

Toute notre sympathie à M. le docteur Buy, chef de clinique médicale, pour la bienveillante sollicitude dont il nous a entouré au cours de nos études médicales.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547605_0133

APERÇU HISTORIQUE

L'étude de la dégénérescence épithéliomateuse des vieux foyers d'ostéomyélite ne remonte pas bien loin dans la littérature médicale, et les travaux qui ont été publiés à ce sujet sont peu nombreux. Nous allons donner dans ce chapitre un aperçu général des principaux documents qui ont rapport à cette étude.

Ce n'est qu'en 1866, que nous voyons Cornil et Ranvier citer, dans le journal de l'*Anatomie* et de la *Physiologie*, le cas d'un malade qui entré à l'hôpital de la Pitié, pour une fracture de l'humérus, était en réalité porteur d'un épithélioma ayant évolué sur un trajet fistuleux datant de longues années. Et à la fin de leur observation Cornil et Ranvier, ajoutent : « Nous n'avons trouvé nulle part un fait comparable à celui-ci, où le cancroïde se fut développé dans le trajet fistuleux et aux dépens des bourgeons charnus. Nous ne pourrons donc pas citer l'opinion des auteurs au sujet du développement de l'épithélioma. »

Deux faits découlent de cet aveu :

1° Qu'il n'a jamais encore été fait mention d'un pareil cas ;

2° Que pour ces auteurs la tumeur n'a envahi le

squelette que secondairement, grâce aux bourgeons charnus qui, végétant sur les parois des fistules, se recouvrent d'une couche d'épithélioma pavimenteux et gagnent l'os.

Toutefois nous trouvons en 1847, dans la *Littérature Médicale Autrichienne,* que Von Dittrich a observé trois cas d'ulcères cancéreux du tibia survenus à la suite d'ostéomyélite suppurée. Les trois sujets porteurs de cette affection subirent l'amputation de la cuisse qui fut suivie de guérison. C'est Nicoladoni qui, dans les archives de Lagenbeck (*Für klinische chirurgie,* chap. 11), rapporte ces 3 observations de Von Dittrich.

En 1874, Nicoladoni cite également une observation de cancer du tibia poussé sur un vieux foyer d'ostéomyélite, et en 1881, le même auteur publia dans les archives de Lagenbeck, un travail sur la formation des épithéliomas dans les plaies à séquestre. Dans les quatre observations qui y sont relatées, Nicoladoni conclut que l'origine de la tumeur est due non plus aux bourgeons charnus, comme le veut Cornil, mais à des lambeaux de peau qui tombés dans les trajets fistuleux, y auraient proliféré à la suite d'inflammation du foyer ; inflammation provoquée soit par un traumatisme accidentel ou par une tentative opératoire.

Quelques années auparavant, en 1870, Pujo dans sa thèse inaugurale à la Faculté de Montpellier, avait cité un cas de tumeur osseuse développée sur un vieux foyer d'ostéomyélite, il soutient même cette théorie qui va à l'encontre des deux précédentes (Ranvier, Nicoladoni) que ce néoplasme est un épithélioma primitif du tissu osseux.

Nous ne citerons que pour mémoire les noms de Riedel, Billroth, Hanns Chiari, Esmark, etc., dont nous rapporterons plus loin les observations.

Nous ne pouvons passer sous silence Auché de Bordeaux, qui, bien que ne citant pas de nouvelles observations, a fait en 1887, dans sa thèse, un travail complet des épithéliomas des os. Il a même consacré un chapitre spécial à l'étude de l'affection qui nous occupe, chapitre intitulé : « Epithélioma des trajets fistuleux et des cloaques de nécrose. » Cet auteur à bien indiqué le mode de développement de ces tumeurs.

Bratschmann à la même époque (dans les Gotlingen Klinick, publie un travail sur le carcinome de l'os temporal, *Arch. für Orenheilkund*, 1887.)

L'année suivante, Vallas de Lyon (dans la Gazette hebdomadaire 1888, Lyon), étudie les tumeurs du calcanéum et rapporte deux observations concluantes d'épithélioma ayant envahi le tissu osseux à la suite d'une ostéite.

Durand, de Bordeaux, en 1888 également, dans sa thèse, consacrée aux épithéliomas primitifs des cicatrices, cite un cas de cancer développé sur un foyer d'ostéomyélite qui s'était ouvert à plusieurs reprises.

Nous mentionnerons spécialement Rudolf Volkmann, dans son travail sur le cancer des membres :

« *Sammlurg Klinischer Vortrage*, nos 234, 235, 1889, *Ueber den primaren Krebs des Extremitaten.* » Il étudie le développement néoplasique sur les inflammations chroniques en général, vieux ulcères, callosités, lupus, vielles fistules ossifluentes.

Il cite trente et un cas de tumeurs ayant pris naissance sur d'anciens trajets fistuleux.

Seulement Volkmann attribue l'origine de ces tumeurs aussi bien à la tuberculose qu'à l'ostéomyélite :

« Les malades, dit-il, ont souffert dans leur jeunesse d'une carie tuberculeuse ayant amené des séquestres ou d'une ostéomyélite aiguë de la moelle osseuse. » Pour cet auteur la marche de ces néoplasmes est en général lente et bénigne à cause de l'état d'inflammation chronique du terrain où ils poussent.

Pollosson de Lyon, dans ses cliniques chirurgicales de 1893, a consacré une leçon au sujet d'un ulcère suspect du tibia développé sur un vieux foyer d'ostéomyélite.

Dans son traité des maladies parasitaires et infectieuses des os, Gangolphe a également consacré quelques lignes au sujet que nous étudions ; il ne rapporte pas cependant d'observation personnelle.

Au congrès de chirurgie de 1899, Maurice Pollosson et Léon Bérard de Lyon, ont fait un rapport très intéressant sur les tumeurs des os. Seulement il n'est fait aucune mention du développement du néoplasme tel que nous l'envisageons dans cette thèse. Il n'y est question que des tumeurs épithéliomateuses en général : « Les tumeurs épithéliales des os, disent-ils, sont à peu près spéciales aux maxillaires et aujourd'hui nous sommes fixés sur leur origine réelle, elles sont toujours dues à la prolifération de cellules épithéliales du revêtement muqueux, incluses dans l'os avec les germes dentaires.

Bref si on rassemble dans la littérature toutes les

observations qui ont rapport à la dégénérescence épithéliomateuse des vieux foyers d'ostéomyélite on arrive à peine, ainsi que l'a montré M. le Professeur agrégé Bauby, dans le tableau annexé à son travail au chiffre de quarante-neuf faits. Chose étonnante ! sur tous les auteurs qui se sont occupés de la question, il n'en est pas un qui est rapporté plus de trois observations personnelles.

Certes nous ne pouvons croire qu'un si pauvre résultat corresponde à la réalité des faits. Il est probable que bien des cas de ce genre seront passés inaperçus soit que les auteurs ne se soient pas rendu compte de la nature de la tumeur, soit qu'ils n'en aient pas bien saisi l'origine.

En effet si la question telle que nous l'envisageons a été peu traitée, nous voyons au contraire dans notre littérature médicale que les dégénérescences épithéliomateuses des vieux foyers pathologiques des téguments et des muqueuses ont été bien étudiées, et ici se placent des noms tels que ceux de Broca, Heurteaux, Raymond, Quénu, Cruveilhier, etc.

Cependant on ne peut pas en conclure qu'autrefois il ne s'est peut-être pas présenté des cas tels que nous les envisageons dans notre travail. En effet l'ostéomyélite a existé de tout temps, et jadis plus que de nos jours, vu l'ignorance des anciens au sujet de la lutte contre l'infection, les complications de cette maladie devaient être fréquentes. On pourrait donc croire avec Kœnig : « qu'autrefois les chirurgiens n'ont pas cru au développement du cancer sur les vieilles fistules ulcérées et cicatrisées. » (*Traité de chirurgie spéciale*, Traduc-

tion française, 1870, t. III, p. 695). Aussi serons-nous autorisé à dire que nos observations présentent un véritable intérêt ; car elles démontrent d'une manière frappante les conditions dans lesquelles se développe l'épithélioma sur les vieilles fistules ossifluentes.

Nous allons les citer immédiatement, car, dans le courant de ce travail, nous serons obligés de nous y rapporter souvent.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Von Dittrich, 1847.)

Homme de trente-huit ans, porteur depuis plus de vingt ans d'une nécrose du tibia. L'os est détruit en grande partie. La jambe présente une vaste ulcération mesurant 15 c. de large, avec plusieurs fistules au fond desquelles on sent un vaste séquestre. Toute cette vaste plaie est remplie par un tissu de nouvelle formation. Fracture spontanée.

OBSERVATION II

(Von Dittrich, 1847.)

Homme de quarante-huit ans. A quatorze ans, affection de la jambe droite.

En 1847, amputation de la cuisse.

Deux ans auparavant, le tibia avait donné lieu à des séquestres. L'un de ceux-ci présentait des proliférations en forme de papilles de couleur rouge pâle et serrées les unes contre les autres. Le tibia est hyperostosé en certains points, perforé en d'autres. Le tissu de nouvelle

formation remplit toutes les cavités. Il y avait eu fracture spontanée. Guérison.

OBSERVATION III

(Von Dittrich, 1847.)

Homme blessé à la jambe gauche à dix-huit ans. Six ans après au niveau de la blessure évolue une tumeur épithéliomateuse. Amputation. Guérison.

OBSERVATION IV

(Nicoladoni, 1881.)

Homme de cinquante-trois ans. A l'âge de dix ans chute de 13 pieds de haut. A la suite gonflement et inflammation de la jambe gauche. Plus tard écoulement de pus et d'esquilles. De quinze à trente-trois ans bien portant. A cet âge réouverture des fistules. Depuis lors persistance de l'écoulement.

Il y a un an fracture de la jambe en descendant de voiture. Pas de consolidation. Malade obligé de garder le lit. Depuis a évolué une production néoplasique.

Le trajet fistuleux est borné par une zone de tissu granuleux d'une coloration rouge vif et festonné irrégulièrement. Ce bourrelet représente la limite de la production épithéliale. Celle-ci ne s'étend pas au dehors, mais dans le fond de la fistule on constate qu'elle pénètre jusqu'à l'os et qu'elle adhère avec lui. Cette production qui remplit le foyer, présente l'aspect d'un chou-fleur. La couleur est rouge grisâtre. Du pus s'écoule en abondance.

Ganglions inguinaux tuméfiés.

Amputation de la cuisse suivie d'hémorrhagie dans la

nuit. Le lendemain fièvre et frisson. Deux jours après mort de septicémie.

La pièce pathologique examinée par Kundrat, professeur à Gratz, montra qu'on se trouvait en présence d'un épithélioma.

OBSERVATION V

(Nicoladoni. — Clinique de Billroth.)

Homme de trente-six ans. Malade depuis l'âge de treize ans par suite d'accident. Depuis rougeur et gonflement du bras et de la cuisse. Plus tard écoulement de pus. Le bras guérit après extraction de plusieurs séquestres. A la cuisse persistance d'une fistule. En 1879 les parois de cette fistule se mettent à proliférer et le malade se voit obligé de garder le lit.

Les ganglions inguinaux paraissent indemnes.

Amputation de la cuisse en 1880.

Examen de la pièce, montre un épithéliome pavimenteux.

OBSERVATION VI

(Hanns Chiari.)

Malade pas de renseignements.

Pièce anatomique tibia d'adulte creusé d'un trou sous la tubérosité antérieure. Cette cavité est entourée par un tissu très vasculaire, toute l'extrémité supérieure du tibia paraît poreuse ; tandis que le reste de l'os paraît plus dense qu'à l'ordinaire. La cavité est entièrement remplie par une formation secondaire à aspect granuleux. La tumeur paraît s'être développée sur un séquestre profondément situé.

A l'examen microscopique on reconnaît l'épithéliome pavimenteux.

OBSERVATION VII

(Bartem, 1870.)

Homme de quarante ans. A seize ans suppuration des os de la jambe. Guérison à vingt-six ans, mais persistance d'une fistule. A quarante ans une ulcération se développe sur cette fistule. Au bout de deux ans cachexie prononcée; ganglions inguinaux pris. Fracture spontanée. Amputation. Guérison.

OBSERVATION VIII

(Bartem, 1870.)

Homme de quarante ans. A dix ans suppuration du tibia. Cicatrices qui se ferment et s'ouvrent tour à tour. Au bout de vingt-quatre ans ulcération. Puis prolifération.

Carcinome, fracture spontanée. Amputation. Guérison.

OBSERVATION IX

(Bartem, 1870).

Homme de trente-quatre ans. Carie du tibia depuis son enfance. Suppuration jusqu'à trente et un ans. Cicatrisation; deux ans après réouverture de l'abcès. Prolifération de la fistule, au bout de six mois tumeur volumineuse. Ganglions pris. Cachexie. Exsudat pleural, douleurs lombaires.

Amputation de la cuisse. Récidive suivi de mort.

Autopsie. — Production épithéliomateuse de la jambe et de la région inguinale. Généralisation. Epithélioma dans les plaies costales. Noyaux dans le foie. Envahissement des ganglions mésentériques.

OBSERVATION X

(Halle 1883.)

Homme de quarante-cinq ans. Nécrose du tibia avec fistule depuis sa jeunesse. Récemment développement d'une tumeur épithéliomateuse. Tibia détruit en partie.

Amputation de la cuisse.

Récidive dans les ganglions inguinaux un mois après.

Extirpation. Guérison.

OBSERVATION XI

(Esmarck.)

Femme de cinquante ans. Fistules osseuses à la jambe depuis longues années. Il y a un an végétation cancéreuse formant une grosse tumeur saignante.

Amputation, mort par pyohémie.

OBSERVATION XII

(Chir. Triennium.)

Homme de soixante-trois ans atteint dans sa jeunesse d'une affection aiguë des os de la jambe. A cinquante-cinq ans traumatisme déterminant une ulcération. Depuis un an prolifération et tumeur envahissant complètement le tibia.

Amputation de la cuisse. Onze ans après le malade est encore bien portant.

OBSERVATION XIII

(Chir. Triennium).

Homme de soixante-six ans. Ostéite du fémur dans son enfance, suppuration longue, puis cicatrice pendant quarante ans, à ce moment réouverture et fistule permanente.

Développement d'un cancroïde, amputation de la cuisse. Deux ans après malade bien portant.

OBSERVATION XIV

(Fischer 1887.)

Femme de quarante trois ans. L'étiologie n'est pas bien sûre. La malade a eu dans sa jeunesse un abcès de la jambe. Plus tard inflammation et tuméfaction dans d'autres régions du corps qui ont parfaitement guéri. Depuis quatre ans nouvelle poussée à la jambe avec ulcération qui a maintenant dégénéré en cancroïde. Fracture de la jambe. Amputation de la jambe.

Deux mois après récidive locale. Amputation de la cuisse. Rapide amélioration.

OBSERVATION XV

(V. Riedel 1876.)

Homme de soixante ans. Elimination de séquestres et fistules de la cuisse remontant à de longues années. Depuis un an production d'un néoplasme autour de la

fistule qui est bientôt complètement remplie. Amputation de la cuisse.

Le séquestre est envahi par le carcinome et le condyle externe du fémur complètement évidé. Pas de récidive. Deux ans et demi après l'opération le malade est encore bien portant.

OBSERVATION XVI

(Fischer.)

Homme de cinquante-quatre ans dont le tibia suppure depuis l'âge de dix ans. Les fistules ne se sont jamais fermées. Depuis peu de temps dégénérescence du trajet en tumeur épithéliomateuse. Amputation de la cuisse. Guérison depuis quatre ans.

OBSERVATION XVII

(Thiersch.)

Homme de quarante-neuf ans. Nécrose du tibia depuis de longues années. Il y a un an production d'un épithélioma. Amputation de la cuisse.

Cinq ans sans récidive.

OBSERVATION XVIII

(Thiersch.)

Homme de soixante ans. Depuis longues années suppure du calcanéum. Production d'une tumeur épithéliomateuse sur le foyer de nécrose. Le début remonte à un an. Amputation de la jambe. Quatre ans sans récidive.

OBSERVATION XIX

(Thiersch.)

Homme de quarante et un an. Depuis quatre ans suppuration au tibia avec élimination de séquestres. Une volumineuse tumeur s'est développée sur le trajet des fistules.

Amputation de la jambe. Mort par pyohémie.

OBSERVATION XX

(Bergmann.)

Femme de soixante ans. Suppuration du tibia dans sa jeunesse. Fistules continuelles. Depuis quelque temps production d'une tumeur épithéliomateuse qui a envahi tout le tibia.

OBSERVATION XXI

(Nicoladoni.)

Femme de cinquante-six ans. A quinze ans affection aiguë du fémur avec élimination de séquestres. Fistules continuelles. De cinquante-deux à cinquante-cinq ans nouveaux séquestres. A ce moment développement d'une tumeur épithéliale gagnant tout le foyer et les séquestres. Amputation de la cuisse.

OBSERVATION XXII

Nicthack (Narben carcinon, 1887.)

Homme de trente-sept ans. A dix-huit ans inflammation

des os de la jambe. Fistules tour à tour ouvertes ou fermées. Depuis six mois formation d'une tumeur épithéliale, fracture spontanée. Amputation de la jambe.

OBSERVATION XXIII

(Cusser, 1875.)

Homme de cinquante-deux ans. A douze ans inflammation et ankylose du genou. Il y a deux ans des fistules au nombre de deux se sont agrandies et réunies en une seule.

Depuis ulcération et production épithéliomateuse.

OBSERVATION XXIV

(Socin, Béricht.)

Homme de soixante-seize ans porteur d'une fistule du tibia depuis l'âge de dix ans. Depuis deux ans développement d'une tumeur volumineuse. Désarticulation du genou.

OBSERVATION XXV

(Rupprecht.)

Homme de quarante-sept ans. A quatorze ans ostéomyélite de la partie supérieure du bras. Persistance de vieilles fistules. Depuis six mois elles ont rapidement proliféré. Fracture spontanée du bras. Ganglions axillaires et sus claviculaires pris. Désarticulation du bras.

Rapide récidive très étendue. Mort par suicide dans un marasme extrême

OBSERVATION XXVI

(Rupprecht.)

H. W., âgé de soixante-trois ans. Depuis trente ans souffre d'une ostéomyélite de la jambe gauche. Ecoulement de pus, issue de séquestres ; fistules qui s'ouvrent et se referment. Depuis quatre mois, prolifération mamelonnée dans une de ces fistules. Actuellement douleurs vives. Vaste ulcère sur la jambe gauche de 4 c. de rayon. Dans le fond de l'ulcère existent deux nodules carcinomateux. Forte inflammation de ganglions inguinaux.

Ablation de la tumeur ; extirpation et râclage de l'os avoisinant. Au bout de quelques mois récidive. Amputation de la cuisse et quatre semaine après curettage des ganglions inguinaux. Guérison depuis deux ans.

OBSERVATION XXVII

(Rupprecht.)

A. B., vingt-cinq ans. Il y a trente-deux ans affection de la jambe gauche avec fièvre et frissons ; plus tard issue de pus et de séquestres. Persistance des fistules. Ulcère évoluant sur une de ces fistules. Il y a trois semaines fracture spontanée du tibia.

Actuellement vaste ulcère long de 16 à 18 c. et large de 10 à 12 c. Induration du pourtour de l'ulcère. Envahissement des ganglions poplités, les inguinaux sont intacts.

Amputation de la cuisse.

Tibia complètement rongé par l'épithéliome.

OBSERVATION XXVIII

(Hallenser.)

E. F. à seize ans ostéomyélite infectieuse aiguë du tibia gauche, à la suite fistule et issue de séquestres à plusieurs reprises. Trente-cinq ans après induration d'une des cicatrices, traitements variés, mais sans effet. En six mois production d'une grave tumeur vasculaire et ulcéreuse. Par la pression on faisait sourdre de petits filaments blanchâtres. Le pied était œdématié. La tumeur est douloureuse à la pression. Pas d'envahissement ganglionnaire.

En avril 1888, amputation de la cuisse. Guérison. Examen microscopique montre un épithéliome pavimenteux.

OBSERVATION XXIX

(Bruns 1850.)

Un homme de quarante-trois ans a eu, il y a de longues années un phlegmon à la partie inférieure de la jambe gauche. Ouverture d'une fistule puis cicatrice ; fistules renouvelées. A la suite d'une irritation produite par le port de bottes, le malade vit se développer sur sa jambe gauche une petite nodosité qui grossit et s'ulcéra.

Inflammation des ganglions inguinaux.

Amputation de la jambe.

Suppuration des ganglions inguinaux après l'opération. Mort par cachexie trois mois après.

Autopsie. Généralisation. On trouva au foie deux noyaux cancéreux, un dans le rein droit, un dans une côte, un autre dans le sternum et plusieurs autres dans la colonne vertébrale. On en trouva également un dans le tibia droit.

OBSERVATION XXX

(Cornil et Ranvier 1866.)

Le nommé X., cinquante-sept ans. Il y a trente ans à la suite d'un traumatisme violent inflammation aiguë du bras gauche avec fièvre intense. Abcès et fistules. Plus tard fracture spontanée de l'humérus qui le fait rentrer à l'hôpital. Avant-bras intact, bras augmenté de volume. Plusieurs fistules ouvertes le long du bras. On sent à l'aide d'un stylet des séquestres au fond de ces fistules dont les orifices sont occupés par des tubercules violacés et saillants. Extirpation au bistouri de ces petites tumeurs.

Examen microscopique montre de l'épithéliome pavimenteux. Au niveau des cicatrices on trouvait seulement cinq noyaux et des cellules embryoplastiques.

Le 1er septembre 1866, désarticulation de l'épaule. Guérison.

OBSERVATION XXXI

(Vallas 1888.)

Epithélioma développé sur une vieille ostéite du calcanéum droit.

Homme de cinquante-six ans, porte au-dessous de la malléole péronière du pied droit une ulcération de mauvaise nature dont le début remonte à dix mois. Il exhale l'odeur caractéristique des néoplasmes épithéliaux. Ganglions dans le creux poplité et au pli de l'aine. Le mal, dit le malade, a commencé par un petit bouton sur lequel il a appliqué des pommades diverses. A onze ans il a souffert d'un abcès du calcanéum droit qui s'ouvrit à la face externe du talon. La cicatrice en cul de poule resta fermée pen-

dant quarante-quatre ans. Le malade quitta l'Hôtel-Dieu sans avoir été opéré.

OBSERVATION XXXII

(Vallas 1888)

Ostéite ancienne du calcanéum. Dégénérescence épithéliomateuse de la fistule.

Marie G., cinquante ans. Pas d'antécédents héréditaires. A seize ans, après un faux pas abcès qui s'ouvre au-dessous de la malléole interne du pied droit, fistules qui s'ouvrirent à plusieurs reprises. Au mois d'octobre 1880, choc violent sur la partie externe du pied. Au mois de juillet suivant extraction d'un séquestre. Ensuite tuméfaction qui oblige la malade à garder le lit.

A l'entrée à l'hôpital, fistules à large orifice papillaire dur et rougeâtre. L'os se laisse facilement attaquer par le stylet. Suppuration d'odeur nauséabonde.

Dans l'aine ganglions indurés.

12 Décembre 1881. La malade sort. 1er avril 1882 les lésions se sont accentuées. 5 avril, amputation de la jambe au lieu d'élection.

15 mai, cicatrisation complète.

OBSERVATION XXXIII

(Durand, *thèse*, Paris, 1888.)

Epithélioma développé sur un foyer d'ostéomyélite. Fracture spontanée, abstention. Mort.

Homme âgé de soixante-dix ans. A dix ans a eu des abcès à la partie inférieure de la jambe gauche. Fistules continuelles.

A cinquante ans nouveaux abcès avec fistules suivis de cicatrisation complète. Au mois de novembre dernier cette cicatrice devient dure et douloureuse. En descendant du lit fracture spontanée. A son entrée à l'hôpital, il existe à la face interne de la jambe gauche un ulcère à bords végétants. En touchant cette ulcération on constate qu'elle repose sur une base dure, que les bourgeons sont également durs et laissent sourdre à la pression une matière analogue à du vermicelle.

Pas de glanglions cruraux dégénérés. Diagnostic épithélioma. Le malade est emporté par un érysipèle infectieux qui fait le tour du tronc.

Autopsie. — Examen microscopique démontre l'épithéliome. En pratiquant une section longitudinale de l'os, on constate que dans le canal médullaire et tout près de l'épiphyse inférieure il existe de petites cavités remplies par des bourgeons auxquels l'examen microscopique fait reconnaître la même structure que l'ulcère cutané.

OBSERVATION XXXIV

(Pollosson, 1893)

Ancienne ostéomyélite du fémur. Dégénérescence cancroïdale. Désarticulation de la hanche. Guérison.

Homme âgé de cinquante-un ans. A sept ans, ostéomyélite de la partie inférieure du fémur. A vingt ans, nouvelle poussée avec fistules persistantes.

Après un répit de trente ans l'état s'aggrave, les fistules deviennent douloureuses, la sécrétion a augmenté, le malade se cachectise ; à la rentrée à l'hôpital on constate trois fistules présentant des bourgeons grisâtres et indurés. Sécrétion, odeur fétide, ganglions durs et mobiles à l'aine.

Désarticulation de la hanche. Guérison au bout de douze jours.

OBSERVATION XXXV

(Martel, interne de Poncet, 1891.)

J. R., cinquante-deux ans. A quatorze ans, ostéomyélite de l'extrémité supérieure du tibia, une fistule a toujours persisté.

En 1889, nouvelle poussée. En 1890, bourgeons et écoulement sanieux autour de la fistule. Douleurs lancinantes dans le membre. Fracture spontanée, en juin 1890, en marchant.

Intervention partielle à Roanne.

Depuis, rapide acccroissement des lésions.

En avril 1891, amputation de la cuisse.

Pièce anatomique. — Perte de substance dans toute l'épiphyse supérieure du tibia. Vaste cavité anfractueuse se prolongeant dans la diaphyse du tibia. Os réduit à une coque osseuse. Plusieurs fractures spontanées.

Lésions articulaires. Articulation cloisonnée. Deux bourgeons faisant hernie à travers le cartilage décollé sur condyle interne du tibia.

OBSERVATION XXXVI

(Poncet.)

Femme âgée de 42 ans. Pas d'antécédents héréditaires. Énorme atrophie du fémur droit à la suite d'une atrophie musculaire de l'enfance.

A sept ans, premiers symptômes d'épilepsie ; à douze ans, une grande attaque. Elles sont devenues plus fréquentes avec l'âge.

Il y a sept ans, elle reçoit un coup violent sur l'orteil gauche et son ongle entouré depuis longtemps d'une ecchymose tombe au bout de deux ans. L'orteil se tuméfie, devient douloureux et sa couleur lie de vin. Un abcès se forme suivi de fistules. A l'heure actuelle, le doigt est tuméfié ; la peau lie de vin est indurée, épaissie. Un orifice fistuleux est ouvert à la face supéro-externe de la tumeur d'où s'écoule un liquide d'odeur repoussante. L'os est mou et friable.

Au pli de l'aine, ganglion ovoïde gros, très dur.

La malade est amaigrie. On pratique l'ablation de l'orteil. Récidive un mois après. Mort par généralisation.

OBSERVATION XXXVII

(Poncet.)

D. Pierre, âgé de quarante-six ans. Pas d'antécédents héréditaires. Bien portant jusqu'à vingt et un ans. A cette époque est pris de frissons, de fièvre et de tuméfaction de la partie supérieure du tibia. Les fistules s'établissent et coulent pendant longtemps. Dans le mois de février 1890, douleurs vives, impossibilité bientôt de la marche.

17 juin, entrée à l'hôpital. Tumeur du genou, partie externe, issue d'un liquide sanguinolent et fétide. La tumeur est de consistance inégale, dure, résistante en certains points, les téguments ont une couleur rougeâtre. Tuméfaction des ganglions inguinaux.

Œdème de la jambe. Douleurs vives à la pression. Amputation au niveau du tiers moyen de la cuisse.

22 juillet, suppuration légère.

15 août, sorti de l'hôpital. Guérison 4 ans après.

OBSERVATION XXXVIII

(Poncet.)

Le nommé Bas... Claude, cultivateur, âgé de cinquante ans, entre à l'hôpital le 31 mars 1894 pour tumeur de la jambe gauche qui date de trois mois.

Pas d'antécédents héréditaires.

A 12 ans, a eu une ostéomyélite du tibia gauche avec écoulement de pus abondant. Fistule continuelle.

Il y a cinq mois, une ulcération évolua au niveau du bord intérieur du tibia ; elle s'étendit rapidement et bourgeonna. Deux mois après, une masse saillante se développa à cet endroit et grossit rapidement après application de pommade.

Odeur nauséabonde, douleur vive qui semble diminuer en ce moment. Actuellement, la jambe est œdématiée, la peau rouge et épaissie ; la tumeur est d'aspect rose, elle laisse échapper un liquide jaunâtre très fétide.

Indolore à la pression. Les ganglions sont engorgés.

Amaigrissement et perte des forces.

Pas de généralisation viscérale.

Le 2 avril 1894, amputation de la cuisse au tiers inférieur.

Le 7 mai 1894, sortie de l'hôpital ; guérison apparente.

Examen de la pièce. — Tiers supérieur du tibia envahi par la dégénérescence épithéliomateuse ; il ne reste que la partie postérieure du tibia ; au-dessous de la tumeur l'os paraît sain ; au-dessus, hyperostose.

Pas de séquestre ; le canal médullaire est rempli d'un liquide d'aspect noirâtre et d'odeur fétide.

L'examen microscopique montre que l'on se trouve en présence d'un épithélioma pavimenteux.

OBSERVATION XXXIX

Daniel Mollière (*Leçons cliniques chirurgicales*, 1888).

Homme atteint d'ostéomyélite du fémur depuis vingt ans, depuis quelques temps, végétations suspectes, ganglions inguinaux pris.

Amputation de la cuisse.

Examen histologique. — Épithélioma.

OBSERVATION XL

Daniel Mollière (*Leçons cliniques chirurgicales*, 1888).

Vieillard atteint d'ostéite chronique du pied avec fistules multiples depuis son jeune âge, bourgeons charnus au niveau de ces fistules.

Amputation.

Examen histologique. — Epithélioma.

OBSERVATION XLI

Cruchet, 1899 (*Société anat. et physiol.*, Bordeaux).

Homme de cinquante-trois ans atteint d'ostéomyélite du tibia depuis l'âge de 12 ans. Depuis un an, dégénérescence cancroïdale, superficielle et profonde.

Amputation de la cuisse.

OBSERVATION XLII

Gauthier, 1901 (*Société scient. médicale*, Lyon)

Homme âgé de quarante-huit ans, atteint depuis l'âge de dix ans d'ostéomyélite du tibia gauche. Nouvelle pous-

sée il y a cinq ans. Depuis quelques temps de gros bourgeons périfistuleux, exhalant une horrible fétidité. Ganglions inguinaux pris.

Amputation de la cuisse suivie de guérison.

Disparition spontanée des ganglions.

OBSERVATION XLIII

GAUTHIER, 1901 (*Société scient. médicale*, Lyon)

Homme atteint d'ostéomyélite ancienne du tibia. Bourgeons superficiels et profonds, ganglions inguinaux pris.

Point d'opération. Suites inconnues.

OBSERVATION XLIV

(PUJO, *thèse*, Montpellier)

Enfant âgé de quinze ans. Depuis quelque temps est atteint à la deuxième phalange du gros orteil d'ostéomyélite aiguë prolongée avec séquestres. Depuis six mois production osseuses. Résection.

Examen histologique : *hésitation* entre épithélioma ou tuberculose.

Maintenant nous allons reproduire les cinq observations recueillies par MM. Bauby, Buy, à la clinique de M. le professeur Jeannel.

OBSERVATION XLV

Publiée par M. le Prof. Bauby, aux *Archives Provinciales de Chirurgie*, t. XI, n° 2, 1er février 1902.

Ostéomyélite aiguë du tibia devenue chronique et prolongée ; fistules interminables ; transformation épithéliomateuse ; fracture spontanée ; désarticulation du genou. Guérison.

M. Louis, cinquante-six ans, charpentier à Drudas, canton de Cadours, entre le 30 novembre 1889, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, dans le service de M. le Professeur Jeannel, salle Saint-Lazare, n° 7.

Antécédents héréditaires sans intérêt.

Ses antécédents personnels, au contraire, sont importants à relever, car les origines de la maladie actuelle remontent à l'enfance. A l'âge de dix ans, il était en parfaite santé et reçut alors sur la face interne de la jambe gauche, à trois travers de doigt au-dessous du genou, un fort coup d'une boule de jeu de quilles dont le poids dit-il, était de cinq kilog. Le point frappé devint bientôt très douloureux ; un gonflement considérable se produisit ; le petit malade s'alita plusieurs jours et se ressentit de l'accident pendant trois mois. Il ne se rappelle pas si, à cette première période, l'abcès s'ouvrit spontanément ou, avec le secours du médecin ; mais il se souvient très bien que six mois après le traumatisme initial, les phénomènes inflammatoires qui avaient disparu recommencèrent avec une acuité nouvelle et aboutirent à l'ouverture spontanée d'un gros abcès d'où s'écoula un grand verre de pus bien lié, entraînant deux esquilles de la grosseur du doigt. C'était là évidemment une ostéomyélite des mieux caractérisée.

Après cette élémination de pus et d'esquilles la plaie se referma, la jambe reprit son aspect normal mais le tibia resta gros, sensible sur toute sa longueur et pendant cinq mois encore l'enfant ne put marcher qu'à l'aide de béquilles. Cependant il ne semble pas qu'il y ait eu de nouvelles poussées aiguës dans les périodes suivantes :

A vingt et un ans, au conseil de révision, il fut réformé pour ostéomyélite prolongée.

A vingt-neuf ans, notre homme, charpentier de son état, reçut sur la même jambe gauche, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen, une grosse poutre qui le contusionna fortement. Ce nouvel accident provoqua une violente inflammation à laquelle certainement l'os malade prit part et qui entraîna bientôt l'ulcération des téguments.

La guérison apparente, du moins, se fit lentement et laissa un membre inférieur sensible, inhabile, avec une cicatrice exposée à tous les chocs.

En effet, depuis cette époque, une vingtaine de traumatismes professionnels se sont succédé au même point ; heurts contre des poutres, chutes maladroites, coups d'instruments de travail qui souvent ravivaient l'ancienne plaie, si bien que pour protéger sa jambe, M. avait adopté une guêtre en cuir.

Enfin, en 1887, deux ans avant son entrée à l'hôpital, il clôture la série de ses infortunes par une chute de 5 mètres, encore eut-il la chance de tomber dans une étable, sur du fumier, ce qui lui évita une fracture. Mais la jambe gauche, toujours la même, avait porté sur un chevron et, il s'y était fait, à la face antéro-interne du tiers inférieur une plaie de la grandeur d'une pièce de cinq francs, d'où s'écoulait en jet un sang rouge vermeil. L'hémorrhagie fut assez abondante, néanmoins on put l'arrêter par l'eau froide et la compression. Elle se reproduisit quinze jours

après, avec les mêmes caractères, mais céda encore à l'emploi des mêmes moyens.

Depuis ce jour, la jambe gauche est restée impotente ; elle s'est enflée de plus en plus; le pied lui-même est devenu énorme, la plaie s'est agrandie dans tous les sens, ses bords ont pris un mauvais aspect, son fond a toujours suppuré, dégageant une odeur fétide. L'état général lui-même a, peu à peu, décliné ; il y a eu des périodes fébriles, un amaigrissement notable.

M. ne se décide à venir à l'Hôtel-Dieu de Toulouse qu'après deux années de soins aussi infructueux que variés.

La jambe gauche est considérablement augmentée de volume elle mesure trente-huit centimètres de circonférence, tandis que la droite, saine, n'a que trente centimètres.

A sa face antéro-interne et au-dessous du milieu, s'étale une plaie grande comme la main, couverte de gros bourgeons grisâtres, saignant au moindre contact ; au centre existe une cavité putrilagineuse dans laquelle le stylet s'enfonce en plein foyer osseux ; d'où sort un pus laiteux à l'odeur infecte. Le tibia est très gros, deux fois plus épais qu'à l'état normal et complètement déformé ; on n'y distingue plus ni crête antérieure ni faces latérales. Au niveau de la plaie, il est fracturé par nécrose et l'on peut imprimer à la jambe des mouvements anormaux ; le pied n'est tenu que par le péroné épaissi, mais intact. Ce pied est énorme et ankylosé en équinisme.

Ajoutons que l'on trouve dans l'aine un gros paquet de ganglions dirigés suivant l'axe du membre.

Devant une situation pareille, un seul parti était à prendre, c'était la suppression de cette jambe.

La désarticulation du genou fut pratiquée le 2 décem-

bre, par M. le professeur Jeannel, et les suites en furent excellentes, l'opéré sortit au bout d'un mois avec une réunion parfaite et un moignon très solide. Son état général s'était relevé immédiatement ; il avait engraissé et était transformé.

EXAMEN DE LA PIÈCE

Nous avons fendu la jambe dans toute sa longueur en passant par le milieu de la plaie. La peau très vascularisée est adhérente au tibia sur une grande surface ; elle est lardacée et au niveau des bords de l'ulcère elle présente à la coupe un aspect absolument néoplasique. Les bourgeons qui environnent l'ulcère pénètrent dans la profondeur et se confondent avec la substance putrilagineuse qui remplit la cavité de l'os.

Le tibia, très épaissi, très dur, éburné dans ses deux tiers supérieurs est complètement détruit au niveau du centre de l'ulcère. En ce point, s'est creusée une vaste cavité, aux dépens surtout des faces interne et externe, mais intéressant même la face postérieure, en sorte que l'os est divisé en deux fragments irréguliers et noirâtres, séparés par un intervalle de deux ou trois centimètres.

Tout le fragment inférieur jusqu'à son extrémité articulaire est enflammé, infiltré de pus. Le pus pénètre dans l'articulation tibio-tarsienne qui est ankylosée ; on en trouve aussi dans les gaines tendineuses du cou de pied. Les muscles sont atrophiés, sclérosés, adhérents aux aponévroses épaissies.

L'examen microscopique des bourgeons développés sur l'ulcère et du tissu lardacé sous-jacent a été fait par M. le docteur Chabaud. J'ai examiné ses préparations, elles présentaient les caractères les plus classiques de l'épithélioma

cutané avec prolifération désordonnée des cellules malpighiennes et de nombreux globes cornés.

Il s'agit donc bien, comme nous l'avons dit, de cancer développé sur un vieux foyer d'ostéomyélite.

J'ai appris récemment par le maire de son village que M. aujourd'hui âgé de soixante-huit ans est resté guéri sans menace de récidive. Il se porte bien et a repris son métier de charpentier qu'il exerce encore.

OBSERVATION XLVI

Publiée par M. Bauby, aux *Archives provinciales de chirurgie*, tome XI, n° 2, 1er février 1901.

Ostéomyélite ancienne du tibia ; dégénérescence néoplasique des fistules ; fracture spontanée ; généralisation cancéreuse, cachexie. Mort.

R. Martial, âgé de soixante-deux ans, demeurant à Toulouse, rue Chirol, 20, est entré dans le service de M. le professeur Jeannel, salle Saint-Maurice, n° 23, le 26 décembre 1892.

Il n'est venu à l'hôpital qu'à la dernière limite, lorsque dénué de tout et abandonné de tous à cause de l'odeur nauséabonde que dégageait sa plaie, il s'est vu au moment de mourir de faim.

Dans son état de cachexie profonde, il n'a pu nous renseigner très exactement sur ses antécédents. Néanmoins, il est affirmatif sur ce fait, qu'à l'âge de quinze où seize ans, habitant alors Lavaur, il fut très malade. Sa jambe droite se gonfla rapidement ; sa souffrance fut grande jusqu'au jour où un abcès spontanément ouvert donna issue à quantité de pus. Depuis lors, il alla mieux, mais une fistule persista au devant du tiers inférieur de la

jambe; par laquelle fistule sortait du pus et parfois des débris osseux.

Il est aisé de concevoir que tout cela se rapportait à une ostéomyélite juxta épiphysaire des adolescents. Or, depuis cette époque éloignée, c'est-à-dire pendant plus de quarante ans, cet homme a conservé dans sa jambe un tibia malade, un séquestre sans doute enclavé dans un os nouveau, une où plusieurs fistules s'ouvrant alternativement, en un mot, une ostéomyélite prolongée.

C'est au niveau de cet ancien foyer, à la place de ces fistules qu'une large, horrible et fétide ulcération s'est peu à peu développée.

Sur le tiers inférieur de ce membre atrophié on voit une plaie large comme la main, couverte de croûtes et de pus, et saignant au moindre contact.

Après l'avoir nettoyée, nous avons eu sous les yeux une exubérante accumulation de gros bourgeons irréguliers en chou-fleur; un cancer.

Ici le diagnostic était indiscutable, il frappait les yeux.

D'ailleurs cette lésion primitive et locale, malgré toute son horreur et sa gravité n'avait plus qu'une importance médiocre. Des noyaux cancéreux secondaires partis de ce point initial avaient colonisé dans divers points; les ganglions de l'aine et de la fosse iliaque étaient pris; le foie énorme et douloureux, l'ascite, le teint jaune, l'amaigrissement, la dyspnée, le délabrement cachectique le plus complet indiquaient bien que la fin était proche et que ce malheureux n'était venu dans notre service que pour y mourir. C'est en effet, ce qui arriva le 5 janvier, dix jours après son entrée.

L'autopsie a été faite le lendemain. Je n'insiste pas sur l'examen des cavités splanchniques.

Dans les organes thoraciques comme dans ceux de

l'abdomen, c'étaient les manifestations les plus avancées de la cachexie, épanchement pleurétique, péricardique et ascitique, poumon tuberculeux, cœur feuille morte.

Le foie était prodigieusement développé ; d'aspect brun sale, parsemé soit à la surface soit dans son épaisseur de gros noyaux blanchâtres plus durs que le parenchyme ramolli.

Dans le lobe droit, un de ces noyaux cancéreux plus gros que les autres du volume d'un œuf de poule présentait à son centre un début de dégénérescence diffluente.

Les fragments prélevés ont été malheureusement égarés. La rate très grosse aussi n'avait pas de nodosités suspectes. La jambe droite particulièrement intéressante a été disséquée avec soin. Les muscles réduits à de simples cordons ou lames grisâtres étaient arrivés au dernier degré d'atrophie. Les vaisseaux notablement réduits de calibre, exsangues et transparents étaient à peine visibles.

D'après ce qui a été dit touchant la marche de la maladie, les lésions les plus intéressantes étaient celles du squelette. Le tibia d'où venait tout le mal depuis près de quarante ans présentait, en effet, des désordres considérables; non pas aux épiphyses, elles étaient respectées ainsi que les articulations voisines, mais sur le corps de l'os et surtout au niveau de l'ulcère, ou ce qui revient au même, au niveau de l'ancien foyer d'ostéomyélite, c'est-à-dire au tiers inférieur. En cette région et sur une étendue de dix centimètres environ, la diaphyse tibiale était réduite à quelques débris informes et sans consistance où l'on reconnaissait à peine des fragments de séquestre et des traces d'os périostique envahi lui-même par la suppuration. Il y avait donc fracture spontanée par destruction progressive du tissu osseux.

La couche de tissus néoplasiques constituant le fond de

l'ulcère a été soigneusement détachée et coupée dans divers sens. Sur toutes les coupes on reconnaît à l'œil nu, des productions papillaires et comme villeuses, c'est la portion la plus superficielle, elle repose sur une base lardacée, blanchâtre qui s'infiltre elle-même sous forme de racines, soit dans la zône graisseuse sous-cutanée, si on la considère sur les bords de la plaie, soit dans le foyer de nécrose si l'on intéresse le milieu de l'ulcère.

La préparation microscopique de ces pièces a été faite au laboratoire de M. Audry, avec l'aide de M. Cané, externe de service.

On reconnaît immédiatement, même à un faible grossissement les éléments caractéristiques de l'épithélioma pavimenteux lobulé. Tissu malpighien en prolifération anormale, parsemé de globes épidermiques fortement kératinisés.

OBSERVATION XLVII

Publiée par M. le professeur Bauby, aux *Archives provinciales de Chirurgie*, t. XI, n° 2, 1er février 1901.

Ostéomyélite très ancienne du tibia devenue chronique ; dégénérescence épithéliale du foyer fistuleux ; désarticulation du genou. Guérison.

R. Augustin, âgé de cinquante-huit ans, cultivateur à Auzat (Ariège), est entré une première fois à la salle Saint-Maurice, n° 13, le 12 février 1893. C'est un homme robuste, un grand et solide montagnard. Cependant depuis quelques années ses forces déclinent.

Chez lui la maladie remonte à l'âge de huit ans, son récit montre clairement qu'il eut à cette époque une ostéomyélite aiguë du tibia droit. Un abcès fut ouvert par

le médecin d'où résulta un grand soulagement, cessation de douleur et de fièvre. A la suite est restée une fistule suppurante qui n'a jamais guérie ; parfois elle semblait se fermer mais une nouvelle collection en provoquait bientôt l'ouverture. Du reste cela n'a pas empêché le malade de grandir et de travailler. Inutile de mentionner toutes les préparations animales, végétales et minérales qui depuis l'enfance de cet homme jusqu'à nos jours ont été appliquées sur sa jambe.

Il existait donc, au-dessous du tiers moyen de la diaphyse tibiale une fistule élargie, à bords indurés, lorsque une quarantaine de jours avant son entrée dans notre service, il a fait une chute et a heurté de la jambe, au niveau même de son mal, contre une grosse pierre.

Dès lors, la plaie contusionnée a été le siège d'une inflammation nouvelle, elle s'est rapidement étendue. Un bourgeonnement désordonné a couvert ses bords, envahissant dans toutes les directions, de telle sorte que, un mois et demi tout au plus, après l'accident nous voyons sur une jambe gonflée deux fois plus grosse que l'autre, un vaste ulcère plus large que la main, rougeâtre, fongueux, saignant au moindre contact et sécrétant un pus fétide. L'odeur est tout à fait comparable à celle bien connue du carcinome du col utérin. Cela ressemble à du cancer. Il y a de gros ganglions dans l'aine ; tout le membre inférieur droit est douloureux, la marche est pénible et claudicante.

Ici, comme dans notre première observation, toute thérapeutique conservatrice est inutile. La désarticulation du genou est la seule ressource et encore le pronostic est-il réservé à cause de l'adénopathie.

Le vieux montagnard refuse l'amputation. Après quelques jours de repos, il retourne chez lui pour prendre l'avis des sages de l'endroit.

Cependant le mal fait des progrès ; la douleur augmente ; il revient bientôt et l'opération est pratiquée.

Les suites en ont été parfaites.

Après avoir pris une photographie de la jambe amputée qui donne une idée assez exacte de la lésion, j'ai fait avec soin l'examen de la pièce.

Le tibia est divisé par un trait de scie longitudinale dans le plan vertical antéro-postérieur passant par le milieu de l'ulcère cancéreux.

On y remarque d'abord, un travail de résorption très accentué, diminution notable de l'épaisseur du tissu compact des parois diaphysaires, ramollissement jaune du tissu spongieux des épiphyses. La forme générale de l'os est conservée.

Au tiers inférieur, au niveau de l'ancien foyer d'ostéomyélite, la paroi antéro-interne du tibia est absolument détruite sur une hauteur de 16 centimètres. La nécrose superficielle a gagné circulairement la face postérieure pour y produire les mêmes désordres sur une moins grande étendue. Le canal médullaire extrêmement élargi au-dessus et au-dessous est comblé en cet endroit par une masse osseuse grisâtre, séquestrale, labourée et creusée d'anfractuosités irrégulières.

Tout l'espace cavitaire ainsi formé aux dépens du squelette est rempli de tissu bourgeonnant cancéreux.

Ces productions néoplasiques adhèrent à l'os, infiltrent le périoste, se répandent dans les espaces conjonctifs intermusculaires ; on remarque leur épaisseur considérable et leur consistance lardacée dans la profondeur.

Cette pièce était vraiment intéressante soit pour l'étude des lésions de l'ostéomyélite prolongée, soit pour la constatation des effets du processus carcinomateux sur le squelette. Les recherches micrographiques ont pleine-

ment confirmé le diagnostic ; elles ont montré qu'il s'agissait bien d'une prolifération épithéliale dont l'exubérante vitalité comportait un pronostic fâcheux.

Les coupes que j'ai faites, colorées à l'hématoxyline et à l'éosine montrent une accumulation désordonnée de cellules épithéliales analogues à celles du corps de Malpighi ou des cancroïdes cutanés. On y trouve des images karyokinétiques des plus remarquables, des types, de grosses cellules claires à contour élégamment festonné que certains auteurs avaient prises pour des parasites.

C'était donc bien du cancer.

J'ai appris de source certaine, qu'une fois rentré chez lui, cet homme a bientôt repris ses occupations et a vécu pendant quatre ans en parfaite santé, sans jamais souffrir de sa jambe.

Il est mort des suites d'un accident qui n'avait rien de commun avec l'ancienne maladie.

On peut donc affirmer que la guérison avait été définitive.

OBSERVATION XLVIII

Publiée par M. le professeur Bauby aux *Archives provinciales de chirurgie*, tome XI, nº 2, 1er février 1902.

Ostéomyélite prolongée de l'humérus d'origine typhique ; Dégénérescence épithéliomateuse du foyer osseux ; résection. Récidive.

Antoine B., 45 ans, cultivateur à Cassagne (Lot), entre à l'Hôtel-Dieu de Toulouse le 5 octobre 1898 dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Jeannel, pour une affection chronique de l'épaule.

Antécédents héréditaires sans intérêt.

Antécédents personnels : Très bonne santé dans l'en-

fance, à quatorze ans fièvre typhoïde de gravité moyenne. Vers la fin de cette maladie et sans le moindre traumatisme, la partie supérieure du bras droit a présenté de la douleur, du gonflement, de la rougeur ; une collection purulente s'est ouverte spontanément à l'extérieur et a laissé une fistule par laquelle des débris osseux se sont éliminés à plusieurs reprises, et qui, depuis, ne s'est jamais fermée.

Il y a tout lieu de penser qu'il s'agissait là d'une ostéomyélite typhique.

Dans la suite, des fistules nouvelles se sont ouvertes en divers points de la même région, les unes ont persisté les autres ont fini par guérir.

Le malade souffrant d'ailleurs très peu, ne s'est jamais préoccupé de cette situation et n'a été l'objet d'aucun traitement actif.

Il s'est marié, a eu de beaux enfants et a vécu tranquille avec ses trajets fistuleux.

Il y a deux ans environ, un changement léger en apparence est survenu ; la fistule principale siégeant à la face externe du bras au-dessus de l'insertion deltoïdienne au lieu de donner du pus a donné du sang et depuis il en est ainsi.

Enfin, il y a un an, notre homme est tombé sur ce même bras droit qui est devenu définitivement douloureux et impotent.

A l'examen du malade dont l'état général a, paraît-il, décliné, mais est encore fort convenable, on constate les faits suivants :

Le membre supérieur droit, dans son ensemble est un peu atrophié. Toutes ses articulations sont saines et conservent tous leurs mouvements, mais ceux de l'épaule sont gênés et pénibles.

Du reste, la moitié supérieure du bras est le siège de douleurs spontanées, sourdes et constantes que l'on exagère par la pression profonde et qui paraissent venir de l'os.

L'humérus dans sa moitié supérieure est augmenté de volume.

Il existe plusieurs orifices fistuleux dans cette même région, l'un en avant dans le sillon delto-pectoral, deux autres en dedans du côté de l'aisselle sur le bord interne du biceps ; enfin un quatrième plus grand que les précédents à la face interne au-dessus de l'insertion deltoïdienne.

Cette fistule est entourée d'une peau violacée, adhérente et portant sur les bords quelques bourgeons suspects. De sa cavité ne s'écoule que du sang, tandis que les autres donnent du pus. Enfin, par son orifice le stylet pénètre au centre de l'os dans un tissu mollasse tandis que le cathétérisme des fistules internes aboutit à un contact nettement osseux. On trouve dans l'aisselle un gros paquet de ganglions.

Opération le 11 octobre 1898 sous le chloroforme. Incision de 12 c. le long du bord interne du biceps à travers les deux fistules axillaires jusqu'à l'humérus. Une mince couche d'os nouveau enlevée avec le ciseau et le maillet recouvre un assez gros séquestre qui est libéré et retiré de la cavité diaphysaire ainsi largement ouverte.

On communique dès lors avec les autres fistules qui sont incisées et curettées.

Dans le foyer osseux on trouve un peu de pus d'odeur repoussante, mais on extirpe avec la gouge et les curettes de gros fragments de tissu blanchâtre assez consistant, n'ayant rien de commun avec le tissu musculaire ni avec celui des autres organes de la région et que je ne saurais

mieux comparer qu'à du thon mariné. Je n'en avais jamais vu de pareil dans un foyer osseux.

L'examen microscopique de ces fragments pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, a montré qu'il s'agissait de carcinome des plus malins. M. Jeannel fait un nettoyage aussi complet que possible, supprime toutes les parties suspectes jusqu'à la rencontre de l'os normal dont il ne reste plus qu'une faible paroi postérieure ; il enlève les ganglions axillaires et bourre la vaste plaie de gaze iodoformée.

Les suites opératoires n'ont présenté aucune particularité, la réparation s'est faite par bourgeonnement de belle apparence sans caractères de récidive.

Au bout d'un mois, Antoine B a pu retourner chez lui.

Je lui ai écrit récemment pour avoir de ses nouvelles. Il m'a répondu qu'après une assez longue période d'accalmie, les douleurs ont recommencé ; la plaie du bras qui ne s'était pas complètement fermée a, de nouveau, donné un écoulement fétide ; la santé générale elle-même est gravement atteinte. C'est la récidive avec ses conséquences fatales à bref délai.

OBSERVATION XLIX

(Buy, clinique du professeur Jeannel.) — Présentée par M. le docteur Buy à la Société *Anatomo-clinique de Toulouse,* nº 25, 31 décembre 1901.

Un cas d'épithélioma développé sur un ancien foyer d'ostéomyélite.

L'histoire du malade que je vais vous résumer ne diffère guère de celle que l'on retrouve dans les diverses observations de cas analogues.

Il n'y a rien à signaler dans les antécédents héréditaires ;

en particulier il n'existe chez les ascendants aucune hérédité cancéreuse. Le malade raconte qu'à l'âge de huit ans, il a eu, à la partie supérieure de la jambe, un coup de sang. Il s'agissait d'un assez vaste abcès qui fut ouvert au bistouri par un vétérinaire et donna issue à une assez grande quantité de pus. La plaie se ferme tant bien que mal et le malade reste pendant quarante ans porteur d'une cicatrice non oblitérée qui suppure de temps en temps. Cette infirmité ne l'empêche nullement de vaquer à ses travaux ; il souffre un peu lorsqu'il se fatigue ; il panse sa plaie avec des feuilles de choux ou des cataplasmes à la mie de pain. Un an avant son entrée à l'hôpital, les douleurs deviennent plus intenses et semblent provenir des tissus profonds. Le malade éprouve comme une brûlure intérieure de la jambe ; il ne peut plus maintenant cacher ce mal qui le ronge ce qui le décide à entrer à l'hôpital. On voit encore sur la pièce l'aspect de la jambe quand le malade est entré dans la salle Saint-René. C'était un ulcère cancroïdal, de la grosseur de la paume de la main, légèrement bourgeonnant, à surface inégale, anfractueuse, recouverte par un mélange de sang et de pus concrété. Les bords de cette exulcération étaient indurés, adhérents aux tissus profonds et par la pression on donnait issue à ces sortes de bouchons de matière caséeuse, désignés communément sous le nom de vermiothes. C'était un cancer ainsi que le démontra d'ailleurs l'examen histologique pratiqué par M. Rispal. L'histoire du malade nous autorise à ajouter qu'il s'était développé sur un vieux foyer d'ostéomyélite.

L'examen de la pièce sciée dans le sens de la longueur, montre que le processus ulcératif était très avancé. Le tibia est détruit dans presque toute son épaisseur ; il existe a peine une travée osseuse au niveau de son bord postéro-

interne. J'ajoute qu'à la périphérie de l'ulcère, le tissu osseux était très dur, comme éburné.

Amputation du genou suivie de guérison. Il n'existait pas d'adénopathie ou tout au moins elle était peu marquée ; on n'y a pas touché, suivant en cela la généralité des auteurs qui, dans ces cas particuliers, ont remarqué que la récidive ne s'était jamais faite dans les ganglions.

ÉTIOLOGIE

L'ostéomyélite est une de ces affections fréquentes dans l'enfance et l'adolescence ; elle se développe surtout de huit à quinze ans, époque où les os qui s'accroissent sont le siège d'une grande activité nutritive. A la suite d'un traumatisme, sous l'influence du froid, d'une fatigue excessive, tout autant de causes provoquant des troubles circulatoires, des congestions, favorisant l'inoculation des microbes, l'ostéomyélite éclate. — Généralement cette affection débute par des douleurs sourdes, continues qui s'exagèrent à la pression où sous le coup de mouvements trop violents. La peau ne tarde pas à se couvrir de marbrures. Bientôt apparaît une fièvre souvent intense ; la partie atteinte se tuméfie et la palpation révèle une fluctuation plus ou moins étendue. Enfin, à la période d'état, la température locale augmente, la peau rougit et l'ouverture artificielle ou spontanée de la tumeur donne issue à un pus jaune, crémeux, strié de sang ; et l'on peut arriver avec un stylet sur l'os dénudé.

Quelquefois le mal est peu étendu et n'occasionne

pas de désordres considérables ; alors, si le malade n'appartient pas à la classe aisée, les parents bien souvent au lieu d'avoir recours aux soins éclairés de la médecine s'en rapportent aux dires de ces médicastres dont la science thérapeutique consiste en des pommades diverses ou des onguents les plus variés.

Que se passe-t-il alors? Si le malade est doué d'un organisme assez vigoureux et résistant, si la virulence de l'agent infectieux n'est pas trop nocive il peut ne pas succomber et la nature fera pour se débarrasser de ces produits nécrosés tous ses efforts. Mais il est rare que cette dernière, abandonnée à elle seule, puisse donner issue au pus et aux séquestres qui se forment généralement dans ces circonstances. Sans doute, si le mal a peu d'étendue, si la suppuration a été légère on peut voir la maladie se terminer par une guérison complète ; mais en général le mal est plus grave et par suite la lutte plus longue et plus difficile. Dans ce cas, le foyer au lieu de se vider va se transformer en un milieu pathologique. Un tissu d'inflammation chronique, tissu lardacé se constitue renfermant dans son sein un ou plusieurs séquestres complètement isolés de l'os environnant. Aussi ne faut-il pas s'étonner si nous voyons persister, ainsi que le montrent nos observations, ces vieilles fistules qui tantôt semblent se fermer pour s'ouvrir à nouveau à la première occasion jusqu'à ce que la tumeur maligne, favorisée par certaines circonstances, vienne se greffer sur ces cloaques de nécrose.

Mais comment se produit cette transformation épithéliomateuse? Question délicate à laquelle la science,

malgré tous ses efforts, n'a pas donné une réponse définitive. Les partisans de la théorie parasitaire y découvriront le microbe du cancer, les partisans de l'inflammation trouveront d'excellents arguments dans la dégénérescence des fistules et cicatrices ; d'autres ont voulu voir dans les agents irritants chimiques et pharmaceutiques des causes suffisantes pour la production du néoplasme. Mais ce n'est pas à nous à discuter ce grave problème dont la solution n'est pas même entrevue.

Par conséquent nous nous contenterons dans cet opuscule d'envisager les causes générales et locales qui favorisent le développement de l'épithélioma.

Nous ne nous étendrons pas longuement sur les causes générales ; car c'est une question qui a été traitée dans tous les ouvrages qui s'occupent de l'étude du cancer ; et comme nous n'avons rien à ajouter, il nous suffira de citer l'âge comme une des causes les mieux établies. En effet, si nous jetons un coup d'œil sur notre tableau d'observations, nous remarquerons que tous nos malades ont atteint au moins la quarantaine. Mais pour notre variété particulière, ce qui nous intéresse, c'est plutôt l'âge de la fistule que l'âge du sujet. Tous les auteurs s'accordent généralement à dire que les transformations épithéliomateuses dans les divers tissus muqueux, cutanés, n'évoluent que par un processus lent et sous l'action de causes incessantes d'irritation. Or ces conditions sont parfaitement réunies dans le cas que nous étudions : âge du trajet fistuleux, vingt-cinq, trente, quarante ans de durée avant de dégénérer en néoplasme, suppuration lente et renouvelée,

cause d'inflammation presque continuelle. Donc les cas que nous rapportons nous permettent encore une fois de dire avec tous ceux qui se sont occupés de l'étude des cancers, que ces derniers poussent surtout sur un terrain déjà vieux. Nous ne parlerons pas de l'influence de l'hérédité, du climat, du tempérament, du sexe, vu que ces causes nous paraissent ici, moins que pour toute autre variété de cancroïde, devoir entrer en ligne de compte.

Les causes locales semblent devoir nous intéresser davantage ; en effet, nous n'avons qu'à parcourir nos observations pour voir combien le siège, l'irritation prolongée, la malpropreté, les contusions et traumatismes tiennent le premier rang parmi les facteurs étiologiques de l'épithélioma.

Siège. — En lisant nos observations, nous sommes immédiatement frappés de voir la fréquence des proliférations épidermiques à la jambe et leur rareté sur les autres parties du corps.

Sur les quarante-neuf cas que nous rapportons, nous voyons les lésions siéger.

33 fois.....	au tibia
6 fois.....	au fémur
3 fois.....	à l'humérus
3 fois.....	au calcanéum
2 fois.....	au gros orteil
2 fois.....	siège peu déterminé

Mais cette localisation est toute naturelle, vu que l'ostéomyélite point de départ de la tumeur a une prédilection bien marquée pour le membre inférieur et pour le tibia en particulier. D'ailleurs, si nous consi-

dérons combien le tibia par sa position est exposé aux contusions qui vont donner lieu à ces poussées sans cesse renouvelées d'inflammation, si nous tenons compte que cet os n'est nullement protégé par un coussin musculaire, que la circulation et partant la nutrition y est défectueuse, que c'est la partie du corps qui fatigue le plus, nous ne serons pas surpris si la maladie se prolonge bien plus souvent à la jambe. En effet, ne trouvons-nous pas là réunies toutes conditions qui peuvent empêcher une bonne réparation des plaies et la fermeture de fistules soumises à une irritation continuelle ?

Traumatisme. — On sait le rôle que le public fait jouer au traumatisme dans le développement des tumeurs. Quelle femme, portant un néoplasme du sein ne l'a attribué à un coup reçu dans telle ou telle circonstance? Or, si nous suivions attentivement l'observation de nos malades, nous voyons que c'est à la suite de traumatismes que surgissent les phénomènes inflammatoires si souvent répétés et qui aboutissent à la dégénérescence épithéliomateuse.

Irritation prolongée. — Que de cancroïdes de la lèvre inférieure n'ont pas été occasionnés par l'abus de la pipe qui, imprégnée de tous les alcaloïdes du tabac, repose continuellement sur la même partie de la lèvre. Volkmann dans le travail que nous avons cité dans notre aperçu historique a publié cent vingt-huit observations de cancers provenant d'une inflammation chronique des téguments; cancroïdes développés sur de

vieux ulcères, d'anciennes brûlures, d'anciens cautères; et, dans le cas qui nous occupe, l'écoulement renouvelé des trajets fistuleux, cette ostéomyélite qui se prolonge indéfiniment sont une cause suffisante d'irritation de tissus qui sont ainsi maintenus dans un état continuel d'inflammation. Le traumatisme et l'irritation ont donc une influence incontestable sur l'évolution épithéliomateuse; mais ils ont un adjuvant sérieux dans la malpropreté qui doit occuper dans ce cas le premier rang.

Malpropreté. — Toutes les statistiques s'accordent à dire que les gens de la campagne sont bien plus souvent atteints de tumeurs malignes externes que les gens de la ville. Et cela ne doit tenir qu'à une cause : au peu d'hygiène corporelle des campagnards. D'ailleurs si nous considérons les lieux d'élection des dégénérescences cancroïdales nous verrons que c'est bien souvent au niveau des orifices, bouche, anus, col utérin, etc., régions où la propreté fait si souvent défaut. Or, les trajets fistuleux de l'ostéomyélite par où s'écoule un pus mal lié ne sont-ils pas des orifices qui remplissent toutes les conditions d'irritation et de malpropreté pour favoriser l'éclosion du néoplasme?

Nous conclurons par conséquent que les contusions, les irritations prolongées, la malpropreté sont des causes essentielles de la production néoplasique. Que sur ce processus inflammatoire, pour ne pas contredire les partisans de l'infection, vienne se greffer un agent pathogène venu de l'extérieur, il trouvera un terrain tout préparé pour l'évolution épithéliomateuse.

PATHOGÉNIE

Lorsque nous avons fait l'historique de la question, nous avons déjà signalé trois théories pour expliquer la pathogénie des tumeurs épithéliales poussées sur de vieux foyers d'ostéomyélite, à savoir :

1° Celle de Cornil et Ranvier, pour ces auteurs l'épithéliome n'envahit le squelette que secondairement. Sur les parois des fistules végètent peu à peu des bourgeons charnus qui se recouvrent d'une couche d'épithélium pavimenteux probablement par greffe épidermique spontanée et gagnent progressivement le squelette ;

2° La théorie de Nicoladoni qui donne à la tumeur comme origine non plus les bourgeons charnus de Cornil et Ranvier, mais des lambeaux de peau qui, tombés dans le foyer enflammé y prolifèrent sous l'influence d'irritations incessantes et évoluent sous forme de tissu néoplasique ;

3° Enfin celle de Pujo, qui fait du néoplasme un épithélioma primitif du tissu osseux. C'est par la théorie de l'inflammation qui admet la transformation d'un

tissu en un autre, que cet auteur essaye de soutenir son opinion.

Or, d'après les idées actuelles, nous pouvons éliminer *a priori* cette dernière théorie ; non seulement elle va à l'encontre de toutes les lois histologiques qui n'admettent pas la transformation primitive d'un tissu osseux, de nature conjonctive, en tissu épithélial, mais encore elle ne renferme pas une condition que nous croyons nécessaire pour pouvoir affirmer l'existence d'un épithélioma primitif du tissu osseux : à savoir, l'isolement complet de l'os d'avec un tissu épithélial voisin. En effet, dans toutes nos observations nous trouvons l'existence d'un trajet fistuleux qui met en contact l'os avec un tissu épithélial.

Quant aux deux autres théories elles expliquent parfaitement, l'une et l'autre, les deux genres d'épithélioma que nous trouvons dans nos observations.

A savoir : 1° l'épithélioma qui a envahi non seulement la fistule, mais encore les tissus voisins dans une zone plus ou moins étendue ;

2° Le cas où le néoplasme se trouve cantonné tout à fait au milieu du tissu osseux.

Auché a longuement insisté, dans sa thèse inaugurale, sur l'étude de *l'Epithéliome des os* (à la Faculté de Bordeaux 1887), sur cette question de la *Pathogénie du cancer* et nous allons reproduire ici le passage qu'il y a consacré :

« Nous ne voyons pas autrement, dit-il, pourquoi les conditions étant absolument identiques tantôt la lésion est nettement limitée aux bords de l'orifice fistuleux, tantôt elle dépasse pour envahir la peau

avoisinante. L'explication en devient très simple au contraire, si l'on admet que dans un cas l'épithélioma a débuté sur les bords même et au pourtour de l'orifice externe, et que dans l'autre il a débuté plus profondément.

L'origine aux dépens de l'épiderme qui borde l'orifice de la fistule, une fois admis, on comprend sans peine que la lésion puisse s'étendre en tous sens et envahir la fistule en même temps que les téguments externes. Nous sommes convaincus que plus d'une fois la lésion a dû suivre la marche que nous indiquons.

Dans le second ordre de faits, l'origine de l'épithélioma est plus difficile à expliquer. Tous les auteurs sont unanimes à déclarer qu'il provient d'éléments épithéliaux ; mais comment expliquer leur présence au milieu des fongosités qui tapissent les parois de la fistule ?

Pour Nicoladoni, l'épithélioma prendrait naissance aux dépens de lambeaux de peau qui se seraient déprimés et invaginés au fond des trajets fistuleux. Si nous remarquons que l'épithéliome ne se développe que sur des trajets fistuleux restés ouverts pendant longtemps nous aurons quelque peine à comprendre cette invagination. Ne sait-on pas en effet que des orifices fistuleux restés longtemps ouverts sont presque toujours entourés par un bourrelet de bourgeons charnus, exubérants, formant saillie au-dessus des téguments et séparant très nettement ces derniers de la surface des trajets fistuleux. Comment admettre que dans ces conditions la peau ait pu s'invaginer ? Dira-t-on que ce

phénomène s'est produit au moment de l'ouverture des trajets ?

Nous le voulons bien, mais de deux choses l'une : ou le lambeau reste adhérent et nous retombons dans le cas précédent ; c'est-à-dire que l'épithélioma prendra naissance aux dépens du tégument qui borde la fistule ou bien comme le veut Nicoladoni, il se détache, et alors il faut supposer qu'il reste plusieurs années quelquefois jusqu'à dix, vingt, quarante ans, sans donner lieu à la prolifération de ses éléments ; car il n'est pas vraisemblable que dans les observations citées l'épithélioma ait pris naissance au moment de la formation de la fistule, c'est-à-dire dix, vingt, quarante ans avant le jour où il a été reconnu. Nous serions donc forcés d'admettre que pendant longtemps les lambeaux épidermiques sont restés silencieux dans le foyer pathologique et qu'un beau jour, sous une influence quelconque, ils sont devenus le siège d'un néoplasme. Cette manière de voir nous paraît peu probable ; car ou bien les cellules épidermiques constamment baignées par le pus tomberont en dégénérescence, ou bien, si elles doivent proliférer, elles entreront de suite en activité. Certes sans pouvoir nier d'une façon absolue l'exactitude d'un tel processus nous ne croyons pas en général que les choses se passent de la sorte. »

Malgré la vive discussion d'Auché, je ne crois pas que l'opinion de Nicoladoni soit invraisemblable. Pourquoi en effet ne pas admettre avec Poncet de Lyon la greffe spontanée des trajets fistuleux? Ne voit-on pas quelquefois de ces greffes spontanées survenir, sans intervention de la part du chirurgien, sur de vieux

ulcères loin des bords de la plaie. Pourquoi des cellules épidermiques détachées des bords de l'orifice n'iraient-elles pas former colonie dans les points les plus profonds du trajet fistuleux, devenant ainsi, à la suite d'irritations incessantes, le point de départ de l'épithélioma? Moreau, dans sa thèse *Des Transformations épithéliales physiologiques et pathologiques 1889,* arrive à cette conclusion : « Les transformations d'ordre pathologique reconnaissent le plus souvent pour cause le changement de milieu de l'élément de son irritation soit chimique, soit mécanique. »

Par conséquent nous admettons deux modes d'origine correspondant aux deux variétés d'épithélioma que nous retrouvons dans nos observations.

Dans le premier mode, l'origine se fait dans l'épiderme qui entoure l'orifice fistuleux et la lésion se propage dans les téguments externes aussi bien qu'au trajet fistuleux.

Dans l'autre mode, bien moins fréquent, l'origine a lieu soit sur un lambeau de peau invaginé, soit le plus souvent par greffe épidermique, et dans ces cas la tumeur reste limitée au trajet fistuleux.

Anatomie Pathologique

Comme nous l'avons établi en faisant la pathogénie de l'affection, ainsi que nos observations le montrent, nous pouvons nous trouver en présence de deux formes de néoplasme parfaitement distinctes. L'épithéliome peut se présenter sous forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse, bourgeonnante, exubérante, saignant facilement ; elle est dure au toucher, irrégulière, contractant des adhérences intimes avec les tissus voisins ; à la surface de cette tumeur on trouve, disséminés çà et là, des bourgeons charnus recouverts par un mélange de sang et de pus concrété. A la pression on en fait sourdre de ces petits filaments blanchâtres connus sous la désignation de vermiothes. Le centre de la tumeur présente généralement une cavité putrilagineuse qui permet au stylet de s'enfoncer jusqu'à l'os. De ce trajet fistuleux on voit sourdre un pus laiteux d'odeur nauséabonde. Quelquefois les fistules sont au nombre de trois ou quatre. D'autrefois la tumeur se présente sous la forme d'une accumulation exubérante de gros bourgeons irréguliers, ce qu'on

appelle l'épithéliome en chou-fleur ; notre homme de l'observation XLVI en est un exemple. Le membre malade est hypertrophié, il est quelquefois deux fois plus gros que le membre opposé.

Dans la seconde forme au lieu d'une tumeur papillomateuse, exubérante, nous nous trouvons en présence d'un ulcère qui, partant des bords de la fistule, gagne petit à petit les téguments voisins et s'étend sur une surface plus ou moins large. La surface en est rougeâtre, fongueuse, saignant très facilement et sécrétant un pus fétide. Cette ulcération est limitée par un bourrelet induré présentant souvent dans son fond de petits tubercules violacés ; quelquefois même, ainsi que notre quatrième observation en fait foi, on n'aperçoit à la surface que des trajets fistuleux à bords suspects et c'est dans la profondeur autour d'un séquestre que le cancer se développe.

Ce sont bien là les deux formes qui répondent aux deux types classiques du cancroïde; la forme exubérante et la forme ulcéreuse.

Le squelette est atteint plus lentement que les parties molles. L'os attaqué par le néoplasme est rongé, perforé, détruit à la façon du bois vermoulu ; bientôt il perd toute résistance et se brise à l'occasion du moindre effort, d'un faux pas, d'un simple mouvement. Trois de nos malades témoignent de ces fractures spontanées et si le sujet de notre troisième observation a résisté, c'est grâce à la production périostique réactionnelle.

A la coupe on rencontre généralement une peau très vascularisée adhérente à l'os, épaissie, lardacée,

bref tout l'aspect du néoplasme. Les bourgeons remplissent les espaces cavitaires formés aux dépens du squelette, ces productions néoplasiques adhèrent également à l'os, infiltrent le périoste et se répandent dans les espaces intermusculaires; ils ont également une consistance lardacée. L'os contient généralement des séquestres dans ses cavités. Ces derniers sont de forme et de volumes variés ; ils sont susceptibles de subir la dégénérescence épithéliomateuse. Voici comment M. Gangolphe les dépeints : « Souvent noirs comme de l'ébène exhalant une odeur putrilagineuse, repoussante. » Parfois la nécrose est tellement profonde que le tibia peut être divisé en deux fragments, présentant un aspect irrégulier et noirâtre, souvent enflammés et infiltrés de pus.

Le canal médullaire élargi, déformé est comblé par un liquide noirâtre, purulent au milieu duquel on peut voir de petits séquestres grisâtres, anfractueux. Les muscles de la région sont en général atrophiés ayant subi la dégénérescence vitreuse.

Les articulations voisines de la lésion peuvent également être atteintes. Elles sont alors enflammées, infiltrées de pus qui fuse le long des gaines tendineuses, les cartilages peuvent être largement détruits, et l'articulation est enkylosée. Notre homme qui fait l'objet de notre première observation est un exemple frappant de ces lésions étendues de voisinage.

Après un temps plus ou moins long, les ganglions lymphatiques de la région sont envahis et la généralisation aux viscères peut en être la conséquence. Seulement l'on doit examiner s'il s'agit vraiment d'une

adénopathie cancéreuse ou bien d'une inflammation chronique de ganglions infectés par les topiques divers dont les malades ont fait usage. Suivant que l'on admet l'une ou l'autre solution on doit, en cas d'intervention, les enlever ou les respecter. Ils ont souvent disparu après l'opération. Mais si le malade arrive avec son mal à la période de cachexie, la généralisation aux viscères est fatale, les lésions gagnent les organes thoraciques aussi bien que ceux de l'abdomen : épanchement pleurétique, péricardite, ascite, tuberculose pulmonaire, cœur feuille morte, rate hypertrophiée, foie cancéreux, tel est le cortège des lésions que nous a présenté le malade de notre deuxième observation, mort de cachexie.

Nous croyons inutile de donner ici la description histologique de l'épithélioma, tous les détails concernant ce côté de la question sont exposés dans les traités classiques qui s'occupent d'études néoplasiques. Contentons-nous de dire que chaque fois que l'examen histologique a été fait, il a révélé soit dans les bourgeons extérieurs, soit dans la tumeur centrale, la structure de l'épithélioma pavimenteux lobulé analogue à celle du cancroïde de la peau; épithélioma qui a une période avancée peut devenir carcinomateux, cela prouve que dans tous les cas, même complexes, le cancer est d'origine cutanée.

SYMPTOMES

On comprend facilement que les signes de la dégénérescence épithéliomateuse diffèreront suivant que le malade se trouve à la période de début ou à la période d'état. Il ne nous a pas été permis de constater cette période de début, car ainsi que nos observations le démontrent, les malades qui ont été soignés à la clinique de M. le professeur Jeannel, en étaient tous à la période d'état lorsqu'ils se sont présentés. Toutefois, par un interrogatoire minutieux, on a pu suivre en quelque sorte le développement du néoplasme. On voit d'abord le malade se plaindre de certaines douleurs qu'il n'avait pas encore ressenties dans le membre atteint d'ostéomyélite. Ces douleurs sont en même temps accompagnées d'un gonflement de la partie malade et des parties avoisinantes, ainsi que d'une impotence plus ou moins accentuée. En même temps au niveau de la fistule naît une plaie sujette à des hémorrhagies fréquentes ; cette plaie s'agrandit petit à petit dans tous les sens, ses bords

prennent un mauvais aspect, le fond suppure et répand même une mauvaise odeur.

En même temps le malade sent son état général décliner peu à peu, à certains moments il est en proie à de la fièvre, à des malaises passagers, ses forces diminuent, il maigrit. Toutefois cette première phase de la poussée néoplasique n'est pas la même dans tous les cas. Nous avons distingué deux modes différents dans la pathogénie de notre affection. Dans le premier la lésion évolue sur les bords mêmes de la fistule et s'étend aux tissus avoisinants, c'est à cette forme là que s'applique l'évolution des symptômes que nous venons d'énumérer.

Dans le second mode où le mal semble naître dans l'intérieur même de l'os par suite de l'invagination de globes épidermiques, la marche des symptômes peut légèrement différer. Dans ces cas, notre quatrième observation en est un exemple, la tumeur est plus difficile à dépister. Le membre atteint peut être alors plutôt atrophié qu'hypertrophié ; à l'œil nu on n'aperçoit que des trajets fistuleux, mais point d'ulcération révélatrice ; seuls, les bords de ces trajets peuvent présenter un aspect qui fait soupçonner le mal ; en même temps l'état général peut rester pendant longtemps satisfaisant, car la maladie évoluant lentement reste un mal purement local. Les ganglions eux-mêmes peuvent ne réagir qu'au moment où le mal est complètement constitué. Seul, le stylet pénétrant au centre de l'os peut rencontrer un tissu mollasse, irrégulier qui éveille des soupçons. D'ailleurs il est rare que le malade vienne réclamer le secours du chirurgien à cette

période de sa maladie, ce n'est que lorsque le mal est à sa période d'état qu'on a recours aux soins éclairés de la chirurgie et l'on ne peut guère reconstituer la phase que nous venons de décrire que par les commémoratifs.

A la seconde période c'est-à-dire à la période d'état l'examen est plus aisé, vu que la tumeur est en ce moment là pleinement développée.

On se trouve en général en face d'un membre considérablement augmenté de volume, d'une plaie occupant une assez vaste étendue, la largeur de la main par exemple et répandant une odeur nauséabonde ; de gros bourgeons grisâtres, saignant au moindre attouchement recouvrent cette plaie. En pressant sur la tumeur on fait sourdre de petits filaments blanchâtres, le centre du néoplasme est putrilagineux. Le membre complètement déformé peut être le siège de mouvements anormaux si l'os est fracturé, ce qui arrive assez fréquemment. A cette période la douleur peut s'être amendée ou même avoir disparu. Mais ce qui ne fait jamais défaut, c'est l'envahissement ganglionnaire. On trouve soit dans l'aine, soit à l'aisselle de gros paquets de ganglions tantôt douloureux, tantôt indolores. Quant à l'état général il peut être encore assez bon si le mal n'est pas trop ancien et comme nous le remarquons dans nos observations, quatre malades ont pu parfaitement supporter l'opération dont les suites ont été excellentes. Le cinquième était arrivé au service en plein état cachectique ; aussi a-t-il succombé à son mal, l'opération ayant été jugée inutile. Cet exemple montre combien il serait téméraire de compter sur

l'immunité de tumeurs évoluant dans le tissu osseux.

Nous ne ferons que signaler la leucocytose, l'hypoazoturie, l'hypophosphaturie, que certains auteurs considèrent comme des symptômes importants dans le cas de carcinomes. Pour nous ce sont là des signes trop délicats, peut-être aussi trop incertains pour que nous leur accordions une grande confiance.

DIAGNOSTIC

N'oublions pas que notre travail n'a pour objet que les épithéliomas évoluant sur des trajets fistuleux d'anciens foyers d'ostéomyélite. Par conséquent, les antécédents du malade pourront nous faciliter un diagnostic qui souvent peut offrir de sérieuses difficultés.

Peut-être une chéloïde cicatricielle, poussée sur un trajet fistuleux pourrait-elle en imposer pour l'épithélioma à forme exubérante ? Mais quelle différence dans la forme de la tumeur, dans sa marche et dans ses conséquences ; nous ne retrouverons plus dans la chéloïde ni l'ulcère bourgeonnant qui envahit continuellement les tissus voisins, ni les bourgeons sanieux et putrides, ni la douleur et surtout l'odeur repoussante de l'épithélioma. L'examen histologique montre d'ailleurs la nature fibreuse de la chéloïde.

Les ulcères variqueux par leur aspect quelquefois bourgeonnant, par leur siège habituel au niveau de la jambe, enfin par leur marche envahissante pourraient facilement donner l'échange au point de vue du diagnostic. Mais les ulcères variqueux s'étendent surtout

en surface, plutôt qu'en profondeur, les téguments du membre malade sont atteints même loin de la lésion ; on peut toujours reconnaître des traces de varices anciennes et actuelles ; d'ailleurs les commémoratifs nous seront en ce cas d'un grand secours ; enfin, nous ne trouvons pas non plus dans l'ulcère variqueux des lésions osseuses, avec séquestres et surtout l'odeur repoussante qui permet souvent de faire le diagnostic d'épithélioma à distance.

Les ulcères développés sur les vieilles fistules, mais n'ayant pas encore dégénéré, ne peuvent présenter les lésions étendues et profondes de l'ulcère cancéreux.

Les ulcérations syphilitiques tertiaires n'ont plus le même début que l'épithélioma : elles sont indolores, sous-cutanées ; lorsqu'elles viennent à s'ulcérer, elles ont une forme arrondie caractéristique, des bords minces et découpés ; mais surtout nous avons pour faire le diagnostic leur évolution rapide, l'existence d'accidents syphilitiques antérieurs ; enfin l'action curative du traitement spécifique.

Peut-être certaines lésions tuberculeuses du système osseux offriraient quelques analogies avec les tumeurs épithéliomateuses que nous étudions. Et ici je laisse la parole à M. Adenot qui, dans la *Revue de Chirurgie* de 1893, dans un chapitre intitulé : « De l'origine osseuse de certaines ulcérations tuberculeuses, » donne la description détaillée de certaines de ces lésions.

« Les ulcérations tuberculeuses d'origine osseuse, dit-il, présentent en général une surface bourgeonnante papillomateuse, molle, plus ou moins élastique ; mais saignant facilement. La surface de l'ulcère est

rouge tantôt légèrement brillante, comme recouverte d'un vernis très mince, tantôt plus grisâtre, mamelonnée, avec de fines traînées de pus dans les interstices des bourgeons exubérants d'aspect fongueux. La lésion forme en somme un large placard rappelant assez fidèlement certains *épithéliomes* de la *peau* ou certaines *ulcérations sarcomateuses* et nous verrons en effet que si l'origine osseuse de ces ulcères peut être méconnue complètement, leur nature tuberculeuse peut de son côté rester ignorée et leur aspect extérieur macroscopique laisser supposer dans quelques cas qu'on se trouve en présence d'une tumeur maligne de la peau. Les ulcérations appartiennent alors plus particulièrement à la classe des lupus végétants de certains dermatologistes. »

Comme on peut le voir, cette description se rapproche considérablement de celle que nous avons fait de l'épithélioma. Comment donc établir le diagnostic? Grâce à la forme et à la dureté spéciale de l'épithéliome ; mais ce sont là des caractères changeants, difficiles à apprécier, en somme peu sûrs.

L'âge du sujet ; or nous savons que l'épithélioma et la tuberculose peuvent survenir à toutes les périodes de la vie. Le siège du mal n'a guère plus de valeur, toutes les parties du corps peuvent également être atteintes par ces deux lésions.

La durée de l'évolution ne peut guère nous renseigner, l'une et l'autre affection ont une évolution lente. Cependant il est un signe que l'on ne retrouve guère que dans l'épithélioma ; je veux parler de l'odeur fétide qui s'exhale généralement de la tumeur maligne et

qu'on ne retrouve pas dans l'ulcère tuberculeux. Toutefois nous sommes obligés d'avouer que, vu les symptômes, la marche et l'aspect de ces deux maladies, le diagnostic ne peut être établi que difficilement à moins que les antécédents du malade atteint d'une ancienne ostéomyélite et surtout l'examen histologique ne viennent éclairer le chirurgien.

PRONOSTIC

Si nous jetons les yeux sur nos observations, nous voyons, malgré les apparences, que le pronostic est plutôt favorable. En effet, sur les trente-quatre cas dont nous connaissons le résultat définitif, nous trouvons vingt-cinq guérisons, dont quelques-unes constatées dix ans après l'opération, et neuf morts seulement. Ce qui ferait trente-cinq pour cent. A cette statistique nous pouvons comparer celle de Volkmann qui, vu le nombre considérable de cas, doit être prise en sérieuse considération.

Elle lui aurait donné.
- 55 pour 100 de guérison définitive.
- 18 — 100 de guérison probable.
- 28 — 100 de mort.

Mais cette statistique ne peut point s'appliquer intégralement aux cas spéciaux que nous étudions. Nous savons, en effet, que Volkmann s'est occupé de tous les néoplasmes des membres en général; par conséquent il s'est souvent trouvé en présence de simples épithéliomas, lésions de la peau n'ayant jamais envahi le squelette. Ne voyons-nous pas par notre statistique

combien même l'épithélioma bourgeonnant, proliférant sur les téguments, est moins dangereux que le cancer central de l'os? Ce dernier récidive presque toujours et a une grande tendance à la généralisation. On ne peut donc assimiler la variété d'épithélioma que nous étudions à ces tumeurs cancroïdes de la face et du front, qui, pendant des quinze et vingt ans, se développent sur les téguments à l'abri de toute cause d'irritation.

Ensuite nous devons tenir compte de bien des circonstances dans le pronostic de nos malades : de leur état général, du siège du mal et comme nous l'avons déjà signalé de la forme du cancer.

Plusieurs n'ont eu recours au chirurgien qu'à une période avancée de la maladie ; alors qu'ils ne pouvaient plus bénéficier d'une intervention chirurgicale, la généralisation aux viscères ayant eu lieu. En général nous voyons que tous nos malades négligent leur mal jusqu'au jour où ils reconnaissent eux-mêmes la gravité de leur état. De là, les difficultés d'une opération trop tardive. Quant au siège il est tout naturel que plus la tumeur se rapprochera de la racine du membre, plus grave sera l'amputation et moins de chance aura la guérison radicale. Et voici ce que dit Kœnig à ce propos : « Ce qui fait la bénignité relative du cancer des extrémités, c'est la possibilité de l'enlever très largement. »

Toutefois si le mal est pris à temps, c'est-à-dire quelques mois seulement après le début de l'affection alors que les ganglions ne sont pas encore chroniquement enflammés, qu'il n'y a pas eu retentissement du côté

des viscères, une opération pratiquée à ce moment et dans de bonnes conditions aura des chances d'être efficace. En effet, ce genre d'épithélioma se développe en général chez des personnes ayant atteint un certain âge alors que l'évolution du mal se fait lentement et dans des régions où la chirurgie à prise sur lui.

Ne voyons-nous pas que sur nos quatre malades opérés, les trois ont guéri, que le quatrième n'a récidivé que longtemps après, récidive due probablement à l'intervention partielle qui a seulement été faite. Donc le pronostic tout en étant grave est loin d'être aussi fatal que celui des cancers des viscères.

TRAITEMENT

Nous ne discuterons pas longuement la question du traitement, car dans le cas que nous étudions comme dans les autres cas de tumeur il n'est qu'une seule thérapeutique rationnelle, l'extirpation aussi large que possible du néoplasme. Or nos épithéliomes se développent toujours sur un membre, par conséquent on doit pratiquer l'amputation totale du segment qui porte la tumeur. De fait, après cette intervention radicale, la guérison est habituelle. Il faut donc sans hésiter supprimer le membre malade et ne pas s'attarder à des opérations conservatrices qui, presque toujours, sont suivies de récidive.

Quant aux ganglions on peut en général les respecter surtout si l'adénopathie n'est pas très accentuée ; c'est l'opinion générale des auteurs qui dans ces cas particuliers ont remarqué que la récidive ne se faisait jamais dans les ganglions.

Toutefois si l'on se trouvait en présence de paquets ganglionnaires chroniquement enflammés, ayant peut-

être des tendances à la dégénérescence, on doit les supprimer largement, c'est ce que M. Jeannel a fait au malade de notre quatrième observation.

Cependant si le cancer était situé à la racine du membre que le néoplasme fut surpris presque au début de son évolution, peut-être pourrait-on se contenter d'une extirpation locale ; c'est ce qu'a fait M. Jeannel pour l'épithélioma de l'humérus ; mais comme on le voit on ne peut guère compter sur un succès définitif. En effet, c'est aller à l'encontre des préceptes opératoires qui rejettent les ablations fragmentaires des tumeurs malignes. En allant avec une curette chercher dans les profondeurs des tissus les bourgeons épithéliomateux on s'expose à les ensemencer sur les tissus superficiels.

Mais bien préférable encore au traitement radical serait la prophylaxie. Puisque nous voyons par les observations que nous avons reproduites que la présence d'un trajet fistuleux d'un vieux foyer d'ostéomyélite est la cause première de tout le mal ; c'est ce trajet, sujet aux irritations incessantes, qu'il faut avant tout supprimer. Convenablement traitée à ses débuts et même dans ses manifestations secondaires l'ostéomyélite doit guérir sans laisser d'interminables fistules, et ce résultat s'obtient en évidant largement les foyers d'ostéomyélite qui entretiennent la suppuration, en pratiquant une antisepsie sérieuse et cela tant que le mal est en voie d'évolution.

Sans doute, nous ne convaincrons guère les partisans de la tare constitutionnelle ; pour eux, même la meilleure des prophylaxies ne peut sauver le malade prédis-

posé ; mais à ceux-là je répondrai que l'on a toujours fait œuvre grandement utile en mettant les sujets atteints d'ostéomyélite à l'abri de ces poussées continuelles du mal, de ces écoulements répétés de pus, épargnant ainsi au malade de longues années de souffrance.

CONCLUSIONS

1° L'ostéomyélite prolongée peut-être le point de départ d'un épithélioma. C'est surtout dans les vieux foyers avec séquestres, ayant donné lieu à des abcès à répétition, qu'on voit survenir cette dégénérescence ;

2° C'est presque toujours dans les parties du membre les plus exposées aux traumatismes et aux irritations incessantes que se développe le néoplasme, et c'est à la jambe qu'on l'a observé le plus souvent ;

3° Ce n'est qu'à partir de trente-cinq à quarante ans, que commence l'évolution néoplasique sur les trajets fistuleux ; elle peut se présenter sous deux formes : l'une exubérante, l'autre ulcéreuse ;

4° Le pronostic bien que grave est loin d'être fatal ;

5° Le traitement doit être d'emblée radical, c'est le seul procédé ainsi que le prouvent nos observations qui donne de bons résultats.

Par conséquent nous terminerons en répétant encore que la maladie que nous venons de décrire est de celles

qui peuvent disparaître du cadre nosologique grâce à une intervention sérieuse de la part du chirurgien, grâce surtout à une prophylaxie efficace du mal à son début.

Vu : *Le Président de thèse :*

Dr JEANNEL.

Vu : *Le Doyen :*

CAUBET.

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 11 juillet 1902.

Pour le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
Le Doyen délégué,

E. MÉRIMÉE.

Imp. Adolphe TRINCHANT, rue d'Aubuisson, 27. Toulouse.